

## **Obstrução intestinal maligna no paciente oncológico: relato de caso**

### **Maligna intestinal obstruction in oncological patient: case report**

DOI:10.34119/bjhrv2n6-048

Recebimento dos originais: 20/11/2019

Aceitação para publicação: 03/12/2019

#### **Dayane Quintino Vasconcelos**

Graduada em Medicina pelo Centro Universitário Atenas; Residência em Clínica Médica pelo Centro Universitário Atenas; Mestranda pela Universidade Metodista de Piracicaba.;  
Supervisora da Clínica Médica do Centro Universitário Atenas  
Endereço: Rua Cecílio Silva Neiva número 120 Cidade Nova II, Paracatu- MG  
E-mail: dayaneqv@hotmail.com

#### **Laura Inácio Teodoro**

Graduada em Medicina pela Universidade José do Rosário Velloso – BH  
Endereço: Rua Iguaçu Qd 1 Lt 2 – Condomínio Cidade das Águas, Hidrolândia – GO  
lauraiteodoro1@gmail.com

#### **Guilherme Augusto Félix da Silva**

Acadêmico do quinto ano de Medicina da UniAtenas –Paracatu  
Endereço: Rua Eliseu Moreira da Silva número 76 Arraial da Angola – Paracatu – MG  
guilhermefelix958@hotmail.com

#### **Lanucy Peixoto dos Santos**

Acadêmica do sexto ano de medicina da UniAtenas – Paracatu  
Endereço: Rua Henrique Severino Maciel 477 Cidade Nova, Paracatu – MG  
E-mail: lanucypeixoto@hotmail.com;

#### **Pollyana Pereira Lopes**

Acadêmica do quinto ano de Medicina da UniAtenas –Paracatu  
Endereço: Rua Joaquim Murtinho, 276 , Apto 119 Centro, Paracatu – MG  
E-mail: pollyana\_50@hotmail.com

#### **Thamillys Taveira Teodoro de Moura**

Acadêmica do sexto ano de medicina da UniAtenas –Paracatu  
Endereço: Rua Joaquim Murtinho, n 266, Centro. Ap 115, Paracatu – MG  
E-mail: thamillysm@gmail.com

#### **Luana Martins da Silva**

Acadêmica do quinto ano de medicina da UniAtenas Paracatu  
Endereço: Rua Nossa Senhora da Abadia, 57, Centro, Niquelândia – GO  
E-mail: luanaM.16@hotmail.com

**João Paulo Félix Ferreira**

Acadêmico do primeiro ano de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Goiás,  
Goiânia;

Endereço: Condomínio Praias do Sol Av 85, 1025 Bloco Guarujá , Apto 604, Goiânia – GO  
E-mail: showeryroses@outlook.com

## RESUMO

A obstrução intestinal maligna é uma complicação comum em tumores intra-abdominais e pélvicos, como em colón, ovário e estômago. Pode ser a apresentação inicial de cânceres localizados ou metastáticos, sendo a ocorrência em câncer de ovário de 5,5% a 51% e em câncer de colón de 10% a 28%.

**Palavras Chave:** Doença Avançada; Oclusão Intestinal; Cirurgia oncológica; Tratamento Conservador; Cuidados Paliativos.

## ABSTRACT

Malignant intestinal obstruction is a common complication in intra-abdominal and pelvic tumors such as colon, ovary and stomach. It may be the initial presentation of localized or metastatic cancers, with the occurrence in ovarian cancer from 5.5% to 51% and in colon cancer from 10% to 28%.

**Keywords:** Advanced disease; Intestinal occlusion; Cancer surgery; Conservative treatment; Palliative care.

## 1 INTRODUÇÃO

A oclusão intestinal é uma das complicações das doenças neoplásicas avançadas, chegando a ter uma incidência de 15%, conforme dados fornecidos por Unidades de Cuidados Paliativos.

A definição de oclusão intestinal subentende uma não progressão do conteúdo gastrointestinal ao longo do tubo digestivo, por obstrução do lúmen ou por ausência da sua propulsão, podendo estar envolvido, desde a porção gastroduodenal até ao ânus. As patologias mais implicadas são o carcinoma de ovário, com valores que variam de 5.5% a 51% e o carcinoma colorretal, em que a incidência da oclusão intestinal atinge valores entre 10% a 28.4%<sup>1</sup>.

Em um paciente com massas abdominais conhecidas ou com antecedentes de cirurgia abdominal, a presença de distensão, obstipação alternando com diarreia e o aparecimento de dores abdominais, náuseas e vômitos sugerem a instalação de um quadro oclusivo.

O nível a que se pode dar a obstrução, assim como o fato desta poder ser parcial ou completa, vão ser fatores determinantes no que diz respeito ao aparecimento dos sintomas e estes parecem piorar gradualmente até se tornarem contínuos. As dores e os vômitos são

sintomas constantes em qualquer fase da oclusão não controlada, mas outras queixas podem associar-se.

## **2 RELATO DE CASO**

- ID: E.S.S, 63 anos, feminina, casada.
- HMA: Paciente com CA de ovário há 2 anos, tratamento QT seguido de cirurgia em maio/2018. Apresentou recidiva da doença em peritônio e fígado em fevereiro/2019. Última QT antes da internação há 15 dias, queixa-se de mal estar, náuseas, vômitos e dor abdominal difusa, está sem evacuar há 4 dias.
- HPP: Estava em uso de Digeplus, Motilium, Metoclopramida, Ondansetrona.
- Exame Físico: REG, Hipocorada, Desidratada, Afebril, Anictérica, Aciánótica, Monilíase oral.
- AC: RCR em 2T
- AR: MVF S/ RH
- Abdomen: Globoso, tenso, com tumorações em hipogastrio de bordas irregulares
- CD: Passagem de SNG aberta, pro cinético e controle algico, nutrição parenteral, avaliação cirúrgica pois não obteve melhoras.
- Avaliação pela cirurgia oncológica: 19/09 – Orientado aos familiares sobre provável necessidade de abordagem cirúrgica. Foi iniciado dieta por nutrição parenteral, mantido dieta oral zero e SNG aberta.
- Em 23/09: Submetida a laparotomia exploradora, visualizado ascite volumosa, grande quantidade de aderências em alças de delgado com formação de aglomerado de alças intestinais com obstrução das mesmas com aderência firme de Íleoterminal e ceco em pelve. Carcinomatose com bloqueio de abdômen superior, não sendo possível avaliação do fígado e estômago.
- Optado por enterectomia retirando grande quantidade de intestino delgado, deixando cerca de 50 cm de I.D até o treitz, colectomia direita. Realização de colostomia em dupla boca (fístula mucosa de cólon transverso e alça de delgado – ILEOSTOMIA)
- DESFECHO: paciente evoluiu desfavoravelmente devido a cirurgia de grande porte, permanece em UTI em ventilação mecânica; (íleo curto)

### 3 CONCLUSÃO

A obstrução intestinal maligna é um quadro dramático e normalmente associado a sobrevida limitada (mediana de 10 semanas). No contexto de uma complicação de alta mortalidade com sobrevida curta, é importante medir as intervenções a serem indicadas, ainda mais quando muitos estudos sobre o assunto medem somente sobrevida e não qualidade de vida. O envolvimento multiprofissional é fundamental para discutir a relação de risco e benefício de procedimentos cirúrgicos.

Em se tratando de pacientes com qualidade de vida muito prejudicada, com índice de desempenho reduzido, procedimentos endoscópicos ou de radiologia intervencionista como gastrostomia ou jejunostomia descompressiva podem ser utilizados para palição, proporcionando alívio dos sintomas de uma forma menos invasiva, com um procedimento muito mais simples do que uma cirurgia convencional.

O tratamento cirúrgico deve ser considerado em um quadro oclusivo. Contudo, quando esta é a decisão terapêutica, a dificuldade em avançar fundamenta-se nos fatores de prognóstico e nas complicações que são mais frequentes nestes doentes: há resultados que evidenciam uma taxa de mortalidade mais alta, inerentes a um maior número de complicações pós-cirúrgicas (fístulas enterocutâneas, abscessos, deiscências de suturas e instalação de uma nova oclusão).

### REFERÊNCIAS

- <sup>1</sup>Hardy J. Pitfalls in placebo-controlled trials in palliative care: dexamethasone for the palliation of malignant bowel obstruction. Palliative Medicine 1998; 12: 437-442.
- <sup>2</sup>M, Carolina; G, Ferraz. Oclusão intestinal na doença maligna avançada. Rev. Port Clin Geral 2000;16:379-85.
- <sup>3</sup>Santos Júnior JCM - Tratamento Cirúrgico do Câncer Obstrutivo do Intestino Grosso. Rev. bras Coloproct, 2002;22(1):43-54.